

海外臨床実習の体験談から学ぶ

米国臨床実習を通じて感じたこと

University of Chicago Pritzker School of Medicine, Department of General Surgery (2017.1.1-1.31)

2018年 東京大学医学部医学科 卒業
2018年-2020年 国家公務員組合連合会 虎の門病院 前期研修医
2020年-2021年 東京大学医学部附属病院 脳神経内科
2021年-2022年 北里大学病院 脳神経内科
2022年-2023年 東京通信病院 神経内科
2023年 - 杏林大学医学部付属病院 脳神経内科 医員

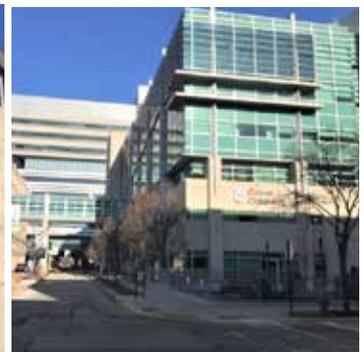


おおくぼ そう
大久保 颯

はじめまして。今年度神経内科に赴任致しました、大久保颯と申します。この度、私が学生時代に経験させていただいた海外臨床実習の経験を共有する機会を頂きました。

当時(大学5年目の1月)の私は消化器外科志望でした。学生実習の際に、現在杏林大学の教授でいらっしゃる阪本良弘先生の膵頭十二指腸切除術に魅せられたことを今でも覚えています。

海外での1ヶ月は大変短くはありましたが、今の医師としての姿勢に多大な影響を与えた濃密な1ヶ月でした。この記録は、その当時書いた留学報告書をもとに作成しました。少しでも現地の雰囲気を感じ取って頂き、本学の学生さん達にも海外での臨床実習を目指していただくきっかけになれば幸いです。



0. はじめに

2017年1月の1ヶ月間、シカゴ大学医学部一般外科にて実習させていただきました。幼少期を海外で過ごしたということもあり、将来はアメリカで臨床をやってみたいと大学3年生の頃からぼんやり考え始めました。Elective Clerkship (東京大学における選択臨床実習)の期間を利用してアメリカで実習を行うのはその頃からの目標であったので、実現して本当に幸せでした。

実習を行う科を決めたきっかけは大学5年生の1年間の実習でした。実習中に会った様々な外科医とお話する中で、外科手術における創意工夫や各術者の手術に対するこだわり、さらには緊迫した状況にも冷静に対応する外科医の姿勢などに魅せられました。Elective Clerkshipではより深く外科の臨床に入り込んでみたいと考えるようになり、外科で実習することを決めました。

こうした2つの動機から、別の国における外科、中でも世界の医療をリードしている米国の外科を見てみたいと思い、米国の中でも最先端を走るシカゴ大学で外科実習を行うことを決意しました。

(※注：その後、結局一番嫌いだった神経内科を専攻することになるとは、当時は思いもありませんでした…)

1. 留学の準備

海外臨床実習の体験記の多くが公開されていますので、諸先輩方の体験記も参考にさせていただければと思いますが、私が重要であったと感じたことをピックアップして記載させていただきます。

[TOEFLについて]

6月の学内選考でシカゴ大学への派遣が決定した直後に突然シカゴ大学から「TOEFLの基準点数を引き上げる」と通知が来ました。前年度までは合計で100点近く取れていれば実習は可能だったのですが、今年は各sectionで26点以上、合計104点以上というかなり高いハードルを設定されてしまいました。申し込み間に合うように点数を取らなければいけないことを考えるとかなり直前の通知であり、相当焦りましたがなんとか市販の模擬問題集を解き進めて無事突破できました。おそらく今後もTOEFLの基準点数は残ると思うので、シカゴ大学での実習に限らず、海外での実習を考えている方はぜひ早めにTOEFLの準備を進めてください。

[医学英語について]

将来海外で臨床をやりたいと3年生の頃からぼんやり考えていたので、大学3年の解剖学の英単語に始まり、大学4年次の系統講義の際も疾患名、症候、薬物名はなるべく英語で覚えるように心がけました。具体的には、みなご存知「病気がみえる」の欄外にはそのページに登場する医学用語の英訳が全て載っている(素晴らしいことです!)ので、それらを覚えるようにしました。英単語を覚えたあとは使い慣れるに限ります。大学5年生になってからは病棟実習では担当患者さんのカルテ記載をもし英語で行うとしたら全て英語で書けるか、頭の中で確認するようにしていました(もちろん実際の病棟では日本語で書くべきだと思います)。

[USMLE Step 1]

大学5年次になってからはUSMLE Step1の勉強を始めました。この試験は細かい知識を後回しにしていた自分にとって非常に難しく、日本語だとしてもわからないような問題が多かったです。仮に将来アメリカでマッチングに参加しなければいけないとなるとStep1の点数は重要になるため(※注：現在はStep1の点数制は廃止されています)、これを留学前に受けるのは厳しいと判断してStep1の実際の実験は大学6年生で行うことにしました。ただ勉強だけは一応First AidとUWorldを使って進めました。実際に現地に行ってみてシカゴ大学の先生がたは「Step1レベルの知識は持っていて当然」くらいの態度で接してきたので、多少勉強してから行ってよかったと思いました。

[USMLE Step 2 CS]

患者さんの診察が英語でできるように、アメリカのOSCEであるUSMLE Step 2CSの練習を大学5年次の9月ごろから有志が集まって行いました(※注：現在は廃止されています。最新の情報をご確認ください)。First

Aid Step 2 CS という教科書に載っている Mini Case で症候から鑑別を立てる練習をしたり、Practice case を用いて 2 人 1 組になって模擬診察を行ったりしました。主要な症候に対してどのようなフレーズを使って問診をすればいいのかを学べたので実際に現地で外来初診の予診を行う際に非常に役立ちました。

[United States Naval Hospital Okinawa]

沖縄米国海軍病院というアメリカ海軍の持っている病院が沖縄にあることを知っている方も多いと思いますが、この病院では夏期に 1 週間の実習を行うことが可能です。患者さんも職員も (数名の日本人インターンを除き) みなアメリカ人で、診療は全て英語です。私は Elective Clerkship に先立ち 2016 年 8 月 15 日から 19 日の 1 週間、この USNH の一般外科にて実習を行いました。内容としては手術見学、外来、そして毎朝見学生が一人ずつ行う症例発表です。

手術は lipoma excision、pilonidal cyst、inguinal hernia repair など良性疾患の手術が多く、患者数も非常に少なかったため大学病院の外科とは様子がかなり異なっていましたが、それでも手術室や外来で用いる用語を吸収できたのは大きな収穫であると思います (この日までは bovie、scalpel、pick-ups、scrub などの基本用語さえ知りませんでした!)。手洗いの方法や OR への入り方 1 つ取っても文化差があることには衝撃を受けました (これについてはのちに詳述します)。

外来では初診外来の予診をとらせてくれるので英語での問診の練習も可能であるし、指導医のフィードバックもしっかりしているため一般外科外来で見る cholecystitis などの疾患の問診事項の確認もできました。

朝の症例発表は各自が自分の回っている科に関係ある症例を 1 つ発表し、みなで診断を考えるという内容でした。症例発表は全て英語で行いますので、患者プレゼンテーションの練習になります。僕はこの発表の準備に際して自大学の外科の先生に症例選びからパワーポイントのまとめ方まで手とり足取り指導して頂いたため、プレゼン準備を通して多くのことを学ぶことができました。

海外実習で行く際の準備としてはかなり有用だと思うので、興味のある方はぜひ応募して見てください。ちなみに 1 週間一緒に回った全国から集まった学生はみな優秀な人ばかりで、彼らからも大いに刺激を受けました。余談ですが海も綺麗でした。



USNH で他の実習生と

[外科手技について]

「アメリカでは手洗いで参加した手術の皮膚縫合は学生の仕事だ」と過去の先輩の体験談及びインターネットなどの情報から聞いていたので、現場で恥ずかしい思いをしないように 1 年間結紮と縫合の練習は定期的に行うようにしました。大学 5 年次の外科実習の際にどの先生も丁寧に教えてくださったので基本はここで身につきましたが、その後も動画を見ながら自分で持針器や縫合針を買って練習を継続し、正確に行えることを目標にしました。実際現地で結紮や縫合を行う機会は多かったため、練習をして行って正解だったと思いました。

2. 渡米

1月3日からの実習だったのですが、時差ボケなどを考慮し12月29日に出発しました。北京経由で行ったため飛行機の中はひたすら中国語でしたので、何の目的で留学するのかわからなくなりそうになりました。

住居はAirbnbで探しました。インターネットなどにも書いてありますが**シカゴ大学の位置するシカゴ南部は犯罪多発地区です**。通り一つ渡ると治安が劇的に悪くなったりします。したがってどこに住むかというのは非常に重要です。特に外科実習では朝4時台に病院に向かったりしなければいけないので、夜中でも安全な場所を選ぶべきです。

具体的にはシカゴ大学が警備をしているHyde Parkのエリア内に住むべきです。シカゴ大学はイリノイ州で3番目に大きな警察組織を要しており、大量の警察官を大学構内に巡回させて人工的に安全な地区を作り出しています。そのエリアは目安として北は51st St.、南は61st St.、西はS. Cottage Groveと考えてください(東側はLake Michiganですが湖畔はあまり危険とは感じませんでした)。このエリアの中は住宅費が非常に高いですが「安全は金で買うものだ」と割り切るようにしました。僕が借りた家は病院から徒歩15分程度、Hyde Parkのキャンパス内にありMetra(私鉄)の駅からも近く非常に便利で安全でした。家には僕以外に公衆衛生大学院に通うチリ人とその家族が住んでおり英語があまり通じなかったのですが、僕がいる間に彼らに赤ちゃんが生まれたり、彼らとgoogle翻訳を使って一生懸命コミュニケーションをとったり、ホームパーティーを開いてくれたりと、彼らと過ごした1ヶ月間はかけがえのないものとなりました。



ホームパーティーの様子

着いてから実習開始までの間は、プリペイドの携帯を購入したり、周辺のスーパーやレストランを探索したり、大学の構内を散策したりして過ごしました。

3. 実習について

初日にオリエンテーションがありました。病院のIDカードと電子カルテのアカウントの発行、N95マスクのフィッティングテストなどを行ったのちに各科に配属となりました。僕はSurgical Oncologyを第一希望としていたのですが枠がなかったらしく、MIS (Minimally invasive surgery) に配属されました。MISとは腹腔鏡手術による消化器の良性疾患の治療を専門に扱う部門であり、具体的な内容としてはgallstones、inguinal hernia、ventral herniaなどに加え、bariatric surgeryを扱っていました。Bariatric surgeryはまだ日本には少ない「減量外科」であり、高度な肥満の患者に対して胃の部分切除(LSG: laparoscopic sleeve gastrectomy)やRYGB(Roux-en-Y gastric bypass)を行うことで体重を減らすことを目的としていました。当然ですが僕は減量外科に関する知識は全く無くかなり焦りましたが、同時に日本ではそうそう見られない手術を見学できる絶好の機会だと思いました。

MISチームにはresidentが2人いました。junior residentは1年目のDr.Wong、senior residentは前半はDr.Salabat、後半はDr.Uppalにお世話になりました。Attending physicianはDr.Prichand、Dr.Hussain、

Dr. Alverdy, Dr. Wyers の 4 人がいて、それぞれ自分の手術枠と外来を持っていました。

実習の一日の流れは以下のようになっています。

	OR	Clinic
4:30	起床	
4:50	登校	
5:30	病院着, 前日 ope の患者の vital をカルテで把握し診察, プレゼンを準備	
6:30	Resident とともに回診, その際患者をプレゼンする	
6:45	Morning Lecture / M&M / ABSITE lecture	
7:30	1 件目の手術開始	
8:30~12:00	手術	午前の外来
13:00~16:00		午後の外来
16:00~		(Professor's hours)
18:00~20:00	終了, 翌日の ope 患者の予習 / 外来スケジュール確認	

それぞれどんなことをやっていたのか説明します。

[Morning Rounds]

6:30 には回診が始まるので、学生はそれよりも前に病院について前日に ope した患者さんの vital を把握し、問診及び診察をしなければいけません。これを pre-round と呼んでいました。具体的な内容としては、

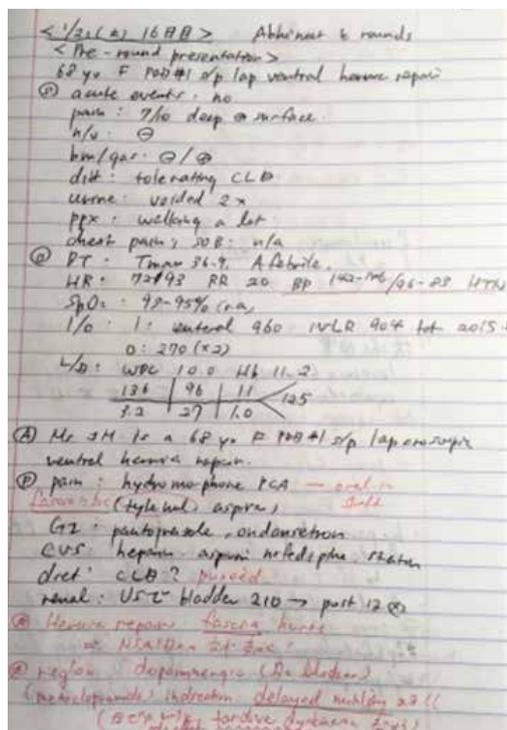
問診：pain、nausea/vomiting、bowel movements / gas passing、diet、urination、ambulation、other symptoms

身体診察：腹部診察

L/D: vitals、in-outs、drain output、chemistry、CBC

を確認し、assessment および plan をつけてプレゼンにまとめます。

これには苦戦を強いられました。日本では恥ずかしながら外科実習では手術見学および外来見学に終始しており、術後患者のドレーンの見かた、抗凝固薬の選択、輸液の量及び種類の選択、GI symptoms に対する適切な処方、痛み止めの種類と適応に関しては全く勉強してきませんでした。したがって最初の 2 週間は S と O はある程度できるものの、A と P が全くわからないという状態が続き、怒られることもしばしばありました。一方で一緒に回った現地の医学生たちは lactated ringers から D5W への転換時期、tramadol、toradol、hydromorphone などの鎮痛薬、Zofran などの制吐薬、Coumadin や HSQ などの抗凝固薬の使い方をよく知っており、しっかり assessment と plan が立てられていました。さすがに 4 周目となると勉強が追いついてきて、使われる薬やよくある症候に対する対処法などがわかってくるようになり当初よりはマシにはなったものの、それでもここでは現地の学生との実力差が如実に出てしまい毎朝劣等感に苛まれながら過ごしていました。一つ後悔したことは日本から輸液や術後管理の教科書を持って行かなかったことです。現地でインターネットを使ってこれらの実臨床に即した情報を得るのは非常に難しく、それもまた大きな障壁となってしまいました。



プレゼンの原稿

[Morning Lecture]

6:45 より医学生向けに毎朝講義があったので、それにも参加できる際には参加するようにしていました。内容は大動脈瘤、膵癌、脊髄腫瘍、声帯病変など多岐に渡り毎朝異なるテーマで講義されていました。どれも臨床において重要な事項をカバーしており大変勉強になりましたが、それ以上に驚かされたのが学生から出た質問の数と質です。学生が全く躊躇することなく講義中に鋭い質問を次々と先生に投げており、それにテンポ良く答えながら進んでいく講義は残念ながら我々日本の医学生があまり質問をしないことが多いため、新鮮に映りました。悔しくなり自分もなるべく質問をするように心がけようと思いましたが、良い質問を思いつくのは難しく、これも訓練が必要なのだなと実感しました。

[Morbidity and mortality]

毎週水曜日の朝には morbidity and mortality (M&M) というカンファレンスが開かれていました(外科のスタッフ全員が参加する症例カンファはこれだけでした)。具体的な内容としては、毎週各チームにおいて合併症を発生した症例および死亡症例をプレゼンテーションし、その合併症もしくは死亡を防ぐためにできたことはなかったのかということを検討するカンファです。みな防げた過ちはないかとプレゼンを隅々まで聞き、他のチームの attending は受け持ちチームに対して容赦ない批判を浴びせ続けます。時には意見のぶつかり合いが激しすぎてほぼ喧嘩のような状態になることもありました。ある日のカンファレンスで取り上げられた症例は、呼吸停止に陥った患者に対して緊急で気管切開を行う必要があったが、気管切開を行おうとした医師が経験不足であったため気管切開が遅れたという症例でした。これに対して「気管切開を行うのに早急にオペ室に連れていくべきだった」「気管切開は十分な視野が確保できなくても手の感覚で行えなければダメだ、オペ室に連絡している時間は勿体無い」という2つの意見がぶつかりあって怒鳴りあいの議論となっていました。「そもそも近年は研修医の経験できる気管切開の症例数が確保されていないのではないかと」研修医も容赦無く上級医に食らいついており、場は騒然としていましたが見学生としては白熱した議論を見ることができて良い経験となりました。それぞれの立場は自分の主張を支えるのにありとあらゆる根拠を用いており、うわさには聞いていましたがアメリカ人の討論のスキルに驚かされました(もちろんもっと平和な回もありましたが、それでも毎回質問や改善点の指摘には全く容赦はなかったです)。

[ABSITE lecture]

M&M カンファの直後に研修医向けのレクチャーとして、senior resident が junior resident に向けて講義していました。ABSITE(American Board of Surgery In-Training Exam) とは外科 resident が毎年受けなければいけない共通試験のようで、それが1月にあったためその対策として開かれていました。研修している最中は毎年専門医試験のような試験を受けなければいけないことに驚きましたが、研修で知識が身につけていることを担保する上で必要な試験だそうです。内容は外科疾患の診断と治療がメインだったので、学生としても聴いていて大変勉強になりました。こちらも Morning Lecture と同様に頻繁に質問が飛び交っていました。

[Professor's hours]

木曜日の 16:00 からは Professor's hours というレクチャーの時間がありましたがこちらは研修医と学生両方が対象でした。このレクチャーは主に症例検討会のような形になっており、主訴が提示された後 "What do you want to ask?" "What kind of exams?" "What is your initial assessment and plan?" などと会場に聞きながら進める形式でした。このレクチャーに限らず、全体的に上級医は常に研修医や学生に対して "What do you want to do?" "What's your plan?" と聞いていた印象があります。シカゴ大学の学生や研修医はそれに対してすらすら答えていて感心しました。最終的には治療の段階までおわると、症例に関連した臨床試験の知識に発展することもあり、これには大変驚きました。乳がんの症例では "What is the name of the famous trial which showed when to do and axillary node dissection?" (Z-11) だけでなく "What is its design?" まで聞かれていました。腋窩郭清に止まらず術後抗エストロゲン療法の tamoxifen と raloxifen を比較した臨床試験は何か (P2 STAR) だとか、aromatase inhibitor として意義が確立されているものとそれぞれを証明した臨床試験を答えよ (anastrozole、

exemastane) だとか、恥ずかしながら途中から全くついていけなくなりました。このように常に質問形式で聞かれることによって、学生や研修医は常に自分で A/P を考える訓練をされているのだと実感しました。

このような臨床検討会の他にも、T1 rectal cancer に対して Total mesorectal vs. Transanal でそれぞれの立場に 1 人ずつ研修医が立ってディベートを行うスタイルの講義もあれば、自分の父が入院した際の体験から医療安全の体制に疑問を持ち新たに医療安全のシステムを病院に導入する会社を立ち上げた colorectal surgeon の講義など、テーマや形式など様々で毎週非常に面白く楽しみにしていました。

[OR cases]

実習のメインの内容のうちの 1 つです。OR case においてもやらなければいけないことが多く、最初は戸惑いましたが最終的には少しは動けるようになったと実感しました。

前日のうちにその日の手術症例と時間、attending、部屋を確認しておき学生の間で誰がどの症例に手洗いで入るかを決めておきます。そして夜のうちに自分の担当の症例の患者さんの現病歴、既往歴、アレルギー、手術適応、そして術後の disposition(その日のうちに帰るのか、入院するのか)を調べておき翌日質問された時に答えられるようにしておきます。この予習の重要性はこの実習中に身にしみて体感しました。Laparoscopic sleeve gastrectomy の症例に入った際に、その患者が cardiac myxoma による pulmonary hypertension を合併していることを答えられなかった時には "Surgery isn't only about doing operations!" と本当にこっぴどく叱られました (実際この患者さんは耐術能が危うかったため術中 Swan-Ganz catheter と MAP monitoring が必要だったので、相当重要な合併症を見逃してました)、患者さんの disposition を知らなかった際には「お前は医者になるんだろう？ちょっとは見学してるだけじゃなくて医者の立場に立って物事を考えてはどうか？」と言われてしまいました。日本での実習も含め、実習中に本気で怒られたのは初めてだったので相当凹みましたが、この怒られるという経験がシカゴで得たもっとも大きな財産だったと思います。

OR day 当日になったら、日本と同じように更衣室でスクラブに着替え (自分の ID をかざすと自動的に自分のサイズを出してくれるスクラブマシーンには驚きました)、患者に自己紹介し手洗いをし手術の手伝いをするのを伝えるために pre-op room に行きます。そして OR board で術前の準備が整うのを待ち、すべての準備が整ったら pre-op から OR まで患者を移動するのを手伝います。OR についたら患者を手術台に移し、固定し、麻酔がかかってからは Foley (尿道カテーテル) の挿入と prep(消毒) および shaving を行います。初めの数回は Foley などのやり方を見せてもらい、以後は Foley、消毒、shaving は僕がやることができました。その後は手洗い (scrub) をし、drape したのちに attending が来るのを待ちます。attending はこの術前の準備が整うまで OR には来ません。

手洗いの方法 1 つ取っても自大学と異なる点はたくさんありました。手術室のドアは自動では開かないので、背中で押して手術室に入ります。タオルもないので手が濡れた状態で手術室に入り看護師さんにタオルをもらい、手を拭いてからガウンを着る、などです。



scrub dispenser. ID をかざすと自動でスクラブが出てくる

手術中の学生の仕事は主に腹腔鏡のカメラ持ちと閉創の際の皮膚縫合です。

カメラ持ちは手術の流れを把握して次にどのような操作をするか、常に術者の視点に立って考えないと適切な動きができないため初めのうちは特にかなり苦戦しました。カメラが正しい位置にないと attending の先生は容赦なく僕の手を掴んでグイとカメラを動かします。実習の後半になってくると何度か見た手術も増えて来たため、カメラを動かされることも少なくなって来ましたが、それでも一回の手術を一度もカメラの位置を修正されることなく終わることを目標にしていたので目標には達することができず残念でした。

Attending は筋膜縫合が終わると手を下ろしてしまうため、そこから先の真皮縫合は研修医と二人で学生もやることができました。単結節の埋没縫合は日本である程度練習して行ったので (出来はそれほど良いものではありませんでしたが) やり方がわからないというようなことはなかったのですが、突然「じゃあ running subcuticular やっておいてね」と言われて手を下されてしまった日にはさすがに焦りました (その時はやったことないので教えてくださいと頼みました)。家の机で練習パッドを縫合するのと実際の手術台で実際の患者さんで縫合するのは随分感覚として違ったので初めは戸惑いましたが、実習の終わり頃になってくると研修医の先生と同じくらい綺麗に傷が閉じることも増えて来て、ほんの少し成長を実感できた瞬間でもありました。

手術が終わると麻酔が覚めるのを待って、患者をベッドに移します (当然減量外科の患者さんなので、力を要します)。そして post-op area まで搬送したところでその症例に関しては終了で、次の手術を待ちます。待っている間には senior resident の一人である Dr.Uppal が次の症例に関連ある事項についてレクチャーをしてくれました。例えば次の症例が small bowel stricture であつたら、"What are the etiologies of small bowel strictures?" とか "What would be an indication for surgery in those patients?" などを僕に聞きながら一通りその症例に関する知識を教えてくださいました。この時間は実習の中でも最も勉強になった時間の一つでした。

手術が終わったらなるべく忘れないうちに手術の procedure を覚えている範囲で英語で書き残し、簡単なスケッチも書くようにしました。実習が終わり家に帰ったらなるべくその日のうちに清書して、次同じ手術があつた時に見返せるようにする努力をしました (実際にはどンドン溜まっていき、週末に書き溜めた手術手順とスケッチを清書していました)。

最後に、1ヶ月間で scrub および外から observe した手術症例のリストを以下に記します。

Operation	Scrubbed in cases	Observing cases
Laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG)	7	1
Laparoscopic Roux-Y gastric bypass (RYGB)	1	0
RYGB revision+partial gastrectomy of pouch	0	1
Gastric band removal	1	0
Transgastric ERCP (s/p RYGB)	1	0
Open inguinal hernia repair	3	1
Total extraperitoneal hernia repair (TEP)	2	0
Laparoscopic ventral hernia repair	4	0
Open ventral hernia repair	2	1
Laparoscopic hiatal hernia repair	2	1
Laparoscopic esophageal enucleation	1	0
Laparoscopic Heller myotomy	1	0
Lap Nissen	1	0
Laparoscopic cholecystectomy (Lap chole)	3	0
Laparoscopic small bowel resection	3	0
Laparoscopic duodenojejunostomy (for SMA synd)	2	0
Exploratory laparotomy (Ex lap)	0	2
Total	34	7

[Clinic]

手術がない日や手術が午前で終わってしまう日などは外来予診を取るのが学生の仕事です。MISの外来は bariatric clinic と general surgery clinic の2種類がありました。Bariatric clinic は肥満の患者を診察して手術適応があるかを判断する外来、general surgery clinic は gallstones や achalasia が疑われる患者を診察してその後の plan を決定する外来です。もちろん術後フォローの患者も多く含まれていました。

流れとしては、来院した患者のバイタルをまずは看護師が計測し、それが終わった患者が外来の予定表に表示されます。表示された患者は空いている学生もしくは研修医が診察にいき、診察が終わったら attending に病歴と身体初見、アセスメント/プランをプレゼンしフィードバックをもらって必要があれば追加で問診をしにいき、OKが出てから一緒に診察しに行くというものです。上級医との診察が終わったらカルテを記載し、必要の検査があれば外来看護師に予約をお願いして一人の患者は終了です。なお Bariatric clinic では医師の他に栄養士と臨床心理士が同じ患者を診察します。

最初の1週間は戸惑いでしたが、Step2CSの練習をやっていたことと、慣れてくれば大体どの患者にも似たような質問を聞くことが多くなってくるので思ったより早く慣れてすらすら診察をこなせるようになってきました。患者さんも協力的な方が多く、海外から来た自分に対しても嫌がることなく診察させてもらったので非常にありがたかったです。ただし、(確認のため上級医が本診で病歴を聞きなおすことがたまにあります)基本的に自分のとった病歴及び身体所見は信用されて、上級医はわざわざ再度確認することはしません(上級医の仕事はあくまでも患者に治療方針、手術適応があればその内容および合併症の説明をすることと、患者の質問に答えることです)。自分の診察がこれほど患者ケアに直接関わったことは初めてだったので、常に緊張感がありました。また、プレゼンテーションはここでも難しく、必要な情報をピックアップしてなるべく短くまとめることには苦戦しました。他の学生も患者に関する情報と治療方針をプレゼンしますので、だらだらとまとまりのない報告は上級医の迷惑となってしまいます。最後の1週間になってようやく必要な情報を短い時間に盛り込むことに慣れて来た感じがしました。

外来での上級医の治療方針、手術説明および質問回答は30分から40分に及ぶことが多く、非常に丁寧だと感じました。特に質問は全て丁寧に答えており、これ以上疑問点がないか入念に確認していました。これはおそらく訴訟が多いということが関係しているのだと思います。実際先生がたまに "The more time you spend here, the more time you save later." と言っていたくらいですので、入院後のトラブルを避けたいという気持ちが強いのでしょう。どの患者も説明を受けた後には非常に納得した表情で出て行くのを見ていて、丁寧に説明することの重要性が伝わってきました。

上級医の外来診察からはそれ以外にも学ぶことが本当に多かったです。例えば診察室での患者との話し方は見えて「プロの技」だと思いました。ジョークを織り交ぜながら打ち解けた雰囲気を作り出し患者との良好な関係を構築しつつも、スピーディーに重要な質問を聞いていき情報を聞き出す技術は圧巻でした。自分も上級医の診察から学んだことを自分の診察に積極的に取り込もうとして、その結果最後の方は少しジョークを織り交ぜることも可能になりましたし、質問の仕方も上達したかと思いました。ですがやはりあの上級医の先生方の診察には程遠いまま終わってしまいました。今後の更なる課題としたいと思います。



DCAM(外来棟)

1ヶ月間でBariatric clinicでは13人、general surgery clinicでは9人、計22人の患者さんを診察させていただきました。

4. 実習外の生活

朝回診でのプレゼンがうまくいかなかったり、研修医から怒られたりなどの出来事が続き、なんとか1ヶ月のうちに挽回しなければという思いが強かったため空き時間は図書館で勉強していることが多かったです(手術スケッチも溜まっていたので…)。東大と同じように医学図書館(The Crerar Library)があり、そこには必要な教科書が揃っていて勉強のしやすい環境でした。さらには電子カルテのIDでログインするとインターネット上で電子書籍化された教科書を見ることもできたので、家で勉強する際にも非常に便利でした。

しかし図書館ばかりにいてもシカゴに来た意味がないので、観光にも行きました。着いてから実習が始まるまでの間に一通りダウンタウンにあるシカゴ美術館、ユニオン駅、ミレニアムパークなどのメジャーな観光地を訪れることができました。12月31日には家に一緒に住むチリ人が開いてくれたホームパーティーにたまたま来ていた彼の公衆衛生大学院の同級生が年越しの花火に連れていってくれました。2週目の週末にはミシガン大学を回っていた同級生がシカゴに遊びに来てくれて、再びダウンタウンおよびハイドパーク周辺を一緒に観光をすることもできました。かなり落ち込んでいた時期だったので彼らが遊びに来てくれたことは本当にありがたかったです。



家の近くにて。Lake Michigan 越しにダウンタウンの摩天楼が見える

僕はジャズが大好きなので、シカゴでジャズをたくさん聴いて帰ることを実習外の目標としていました。実際Andy's Jazz ClubやJazz Showcaseなどダウンタウンのジャズクラブでは10-20ドルのmusic chargeで地元のミュージシャンを聴けて非常にありがたかったです。店での雰囲気も日本のブルーノートやコットンクラブと異なりかしまっていないく、お客さんもみな喋りながら飲みながら音楽を聴いていました。またハイドパーク内にもThe Promontoryというクラブがあり、ここは家から徒歩10分でいけました。なんとこの店に自分がある間に2人もの国際的に有名なトランペッター(Christian Scott および Marquis Hill)が公演に来たので、すかさず予約し、彼らの演奏も聴くことができました。お客さんは大盛り上がりで、公演後には大パーティーになっていました(僕は翌日の実習があるので参加できませんでした)。こうした現地の店の雰囲気も楽しみながら最高の音楽を聴いている時間は、実習の疲れを吹き飛ばす最高の時間でした。



そして最後に紹介するのが iMonday です。iMonday は毎週月曜日に International house(留学生が生活している寮)で開かれている留学生の交流会です。シカゴ大学に在籍している留学生および留学生と知り合いたいシカゴ大学の学生が集まり、毎週ある国からの留学生が自国の料理を振る舞ってそれでパーティーをするというものです。韓国から来た工学の大学院生、アメリカ出身の経済学部の学生、イタリアから来た科学史の研究者、ケニアから来た物理学の学生など様々な人と知り合うことができました。医学系では、たまたま来ていたシカゴ大学医学部の4年生とアメリカと日本の医学部の教育の違いについて話したり、中村祐輔先生の研究室に中国から留学に来ていた産婦人科の先生と基礎研究の話をしたりしました。国際交流らしきものができたのはこの iMonday だけだったので、いい思い出となりました(iMonday の主催者だった Daniele はイタリアからの留学生ですがなかなか日本語が上手で、将来は東大で働くことも考えていました)。

5. 終わりに

以上長々と実習内容について報告させていただきました。

留学する前は日本とアメリカの外科の違いを学びたい、世界をリードする医療現場の手術を見てみたいなどと偉そうなことを言っていましたが、終わってみれば学んだことはもっと基本的なことで重要なことでした。「患者の disposition を知っておく」「合併症をもれなく予習する」などは、どれも医者になる上であまりにも基本的なことであり、そんな基本さえ身につけていなかった自分を情けなく思いました。また、学生であっても常に「医師の立場にたって考える」「アセスメントとプランを考える」ことは医師になる準備として絶対必要なことであり、学生という身分に甘えて漫然と見学しているだけでは医師になることはできないということも学びました。外国から来た僕をお客さんとして扱うのではなく、シカゴ大学の医学生と同じ基準で比較してくれ、そしてまだまだ勉強も意識も足りていないと厳しく叱ってくれたシカゴ大学の先生方には本当に感謝してもしきれません。この経験は一生の財産になると確信しています。

最後になりましたが、この留学に際してたくさんの方々にお世話になりました。ご自身の留学体験記を送ってくださった肝胆膵外科の阪本良弘教授(当時 東大肝胆膵外科・移植外科)、現地で研究室の案内をしてくださった消化器・一般外科学教室の吉敷智和講師はじめ多くの方々、そして多額のお金がかかるにも関わらず快く僕を留学に行かせてくれた両親に心から感謝したいと思います。



お世話になった研修医の Dr.Wong と Dr.Uppal



一緒に回った Viktor と最終日に



Resident の作業部屋(電子カルテがある)



Comer's(小児病棟、右)と CCD(入院棟、奥)

6. 当時を振り返ってみて

この報告書を書いてから、早6年が経過しました。当時学んだことの大きさが、臨床現場に出てから6年目となる今になり、より一層感じ取れます。診療科は消化器外科から神経内科へ、人生の目標は膵癌を治せる優れた外科医になることから神経変性疾患の根治療法を生み出すことになりましたが、難しい課題だからこそ取り組み、医学を前進させたいという根底の気持ちには変わりありません。そして、甘やかすことなく厳しく叱ってくれたシカゴ大学の先生がたに叩き込まれた基本的な姿勢が、今もその原動力となっているのは間違いありません。是非、積極的に海外臨床実習、海外留学を目指していただければと思います。

また、シカゴ大学では、海外からやってきた私に対しても、惜しみなく教育を施してくれました。若輩者の私ではございますが、今まで教えていただいたことを同じように惜しみなく、後輩たちに伝えていかなければと考えています。

杏林大学に赴任する機会をいただきましたので、教育にも力を入れたいと思っています。具体的には、敬遠されがちな神経内科の面白さを伝えるためのクルズスや、Step 2 CSの勉強を通して得た英語医療面接の指導などを今後行おうと考えております。多くの方にご参加いただき、一緒に学んでいければ嬉しく思います。今後とも、何卒よろしくお願ひ申し上げます。
